

開口障害と口底部に腫脹が生じ、疼痛も増大し、腫脹は更に左側顎下部から頸部にまでおよび、嚥下障害も出現し経口摂取困難となった。このため、紹介により7月20日当科を受診、即日入院となった。既往歴、家族歴に特記事項なし。入院時、体温38.9°C、全身倦怠感があり、顔貌は左側下顎部から顎下部、および頸部にかけて発赤を伴う慢性の腫脹を認めた。開口は切歯間で約20mm。口腔内所見では「7」の歯冠は崩壊し、「78」相当頬側歯肉、同部口底から咽頭側壁の粘膜に発赤を伴う慢性腫脹を認めた。X線所見では、「8」の水平埋状、「7」根尖部に小豆大の境界明瞭な透過像を認めた。臨床検査所見では、WBC 20400/mm³、CRP 24hr(3+)、ESR 66mm/1hr、ASLO値480倍であった。「7」根尖性歯周炎、「8」智歯周囲炎に起因した左側口底・頸部蜂窩炎の臨床診断にて、入院後、輸

液および抗生剤による化学療法を行った。栄養は、当初経管栄養を試みたが嘔吐反射が強く不可能であったため、中心静脈より高カロリー輸液を行った。入院2日目左側頸部より切開排膿を行い、その後、腫脹および嚥下障害は徐々に消失し、経口摂取可能となり、入院11日目に「78」を抜歯し、13日目に経過良好にて退院した。

近年抗生物質の進歩とともに、重篤な歯性感染症は減少してきている。しかし、本症例のように全身の安静が保たれず、また栄養の補給が十分に行われない場合には、炎症が周囲に波及し重篤な経過をたどる危険性もある。

このようなことより、急性歯性感染症の治療にあたっては、適切な抗菌剤を選択し投与するとともに、安静及び栄養補給等の全身状態の重要性を患者に十分説明する必要があるものと思われた。

35. 脳梗塞患者の診断に難渋した歯性上顎洞炎の1例

前田静一、村瀬博文、千徳敏克
渡辺一史、加藤元康、平博彦
北村完二、柴田敏之、有末真
(口腔外科2)

今回、我々は上顎骨に広範な骨欠損を認め、悪性腫瘍が疑われた歯性上顎洞炎の1例を経験したので、その概要を報告した。患者は64歳の男性で、当科初診約2週間前より「6」の頬側歯肉歯槽部に無痛性の腫脹が出現し、その後同部より排膿がみられたが約10日で症状は消退した。しかし右側鼻腔より悪臭を伴う排膿が持続し、平成3年11月9日に当科に来院した。既往歴では16歳頃に鼻中隔彎曲症、昭和50年頃、腎臓結核にて左側腎臓の摘出手術をうけ、泌尿器科に通院中である。また昭和58年頃、脳梗塞にて入院し、現在薬物治療を受けているが、右側に軽度の片麻痺が認められる。口腔外所見では、右側頬部に軽度の慢性の腫脹があり、同部に知覚鈍麻が認められた。鼻腔所見では、鼻中隔欠損を認め、右側鼻腔より腐敗臭を伴う排膿がみられた。顎下リンパ節は右側では拇指頭大1個、弾性やや硬、可動性で軽度の圧痛がみ

られ、左側は大豆大1個で、弾性軟、可動性で圧痛はなかった。口腔内所見では開口障害でなく、「87」は欠損し、同部の歯肉頬移行部、口蓋部に慢性の腫脹と圧痛を認め、骨性抵抗は触知されなかった。「6」の口蓋根は露出し、動揺が顕著であったが、周囲粘膜に異常は認められなかった。X線所見では、右側頬骨下稜から上顎結節にかけて、広範な骨欠損を認め、上顎洞壁、および頬骨に骨欠損像がみられた。CT所見では上顎洞の前壁、内側壁、後壁にも骨欠損がみられた。以上の所見から、悪性腫脹の可能性も考えられ生検を施行した。洞内は肥厚した粘膜様の軟組織に被覆され、内部に黄白色の豆腐カス状物を混入する粘稠性の膿汁が認められた。病理組織学的に上顎洞炎の診断が得られ、平成4年2月13日NLA局麻下に右側上顎洞根治術、対孔形成術、「6」抜歯術を施行し現在経過は良好である。